

Анализ факторов риска и современных клинико-лабораторных особенностей неосложненных и осложненных форм урогенитальной хламидийной инфекции у мужчин

М.Р. Рахматулина, Д.В. Попов, И.А. Нечаева, К.И. Плахова

Analysis of risk factors and modern clinical and laboratory peculiarities of non-aggravated and aggravated forms of the urogenital chlamydial infection in men

M.R. RAHMATULINA, D.V. POPOV, I.A. NECHAEVA, K.I. PLANOVA

об авторах: ►

М.Р. Рахматулина — д.м.н., ведущий научный сотрудник, заведующий отделом инфекций, передаваемых половым путем, ФГБУ «ГНЦДК» Минздравсоцразвития России, Москва

Д.В. Попов — врач-дерматовенеролог Консультативно-диагностического центра ФГБУ «ГНЦДК» Минздравсоцразвития России, Москва

И.А. Нечаева — к.м.н., старший научный сотрудник отдела инфекций, передаваемых половым путем, ФГБУ «ГНЦДК» Минздравсоцразвития России, Москва

К.И. Плахова — к.м.н., старший научный сотрудник отдела инфекций, передаваемых половым путем, ФГБУ «ГНЦДК» Минздравсоцразвития России, Москва

Представлены результаты изучения факторов риска инфицирования *C. trachomatis* и развития осложненных форм урогенитальной хламидийной инфекции у мужчин, освещены современные особенности клинического течения урогенитального хламидиоза.

Цель. Изучение факторов риска инфицирования *C. trachomatis* и развития осложненных форм урогенитальной хламидийной инфекции и анализ современных клинических особенностей заболевания у мужчин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Обследованы 40 мужчин: 20 с урогенитальной хламидийной инфекцией нижних отделов мочеполового тракта и 20 с осложненными формами урогенитальной хламидийной инфекции. Группу сравнения составили 20 мужчин, не имевших клинических и лабораторных признаков ИППП и воспалительных заболеваний урогенитального тракта. Наряду с анализом данных анамнеза и клинической картины проведено инструментальное (трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы) и лабораторное обследование с применением микроскопического, бактериологического и молекулярно-биологического методов.

Результаты. Установлены факторы риска заражения урогенитальной хламидийной инфекцией (возраст от 25 до 39 лет, холостое семейное положение, наличие половых контактов одновременно с двумя и более половыми партнерами, большое количество половых партнеров за время сексуальной практики) и факторы риска развития осложненных форм хламидийной инфекции (возраст пациента от 25 до 45 лет, длительность заболевания более 1 мес.). Представлено описание основных клинических проявлений хламидийных уретрита и простатита.

Ключевые слова: урогенитальная хламидийная инфекция, *C. trachomatis*, уретрит, простатит.

The authors present the results of studies of risk factors at the contamination with *C. trachomatis* and of the development of complicated forms of the urogenital chlamydial infection at men, modern peculiarities of the clinical course of the urogenital chlamydiosis have been reflected.

Goal: studies of factors of the risk of contamination with *C. trachomatis* and development of aggravates forms of urogenital chlamydial infection and the analysis of modern clinical peculiarities of the disease in men of the reproductive age.

Materials and methods. 40 men were examined, among them 20 with urogenital chlamydial infection of lower segments of the genitourinary tract and 20 with complicated forms of urogenital chlamydial infection. The group of comparison comprised 20 men, not having clinical and laboratory features of sexually transmitted diseases and inflammatory diseases of the urogenital tract. Along with the analysis of anamnesis data of the clinical picture was performed the instrumental (transrectal ultrasonic research of the prostate) and the laboratory examination, using the microscopic, bacteriologic and molecular and biologic methods.

Results. The authors established factors of risk of the contamination with urogenital chlamydial infection (age between 25 and 39 y.o., existent sexual contacts with two and more sexual partners, big number of sexual partners during the sexual practice) and factors of the risk of development of complicated forms of the chlamydial infection (patient age between 25 and 45 y.o. and the disease, lasting for more than 1 month). Main clinical implications of chlamydial urethritis and prostatitis are described.

Key words: urogenital chlamydial infection, C. trachomatis, urethritis, prostatitis.

■ В Российской Федерации эпидемиологическая ситуация по заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), до настоящего времени остается неблагоприятной. Урогенитальные инфекционные заболевания представляют собой сложную медико-социальную проблему в связи с их широкой распространенностью в популяции и неблагоприятным влиянием на репродуктивное здоровье населения.

Одной из наиболее распространенных бактериальных ИППП является урогенитальная хламидийная инфекция. Отсутствие специфических клинических проявлений, недостаточная приверженность стандартам оказания медицинской помощи больным и, как следствие, ошибки в диагностике и лечении позволяют поставить урогенитальный хламидиоз на первое место по эпидемиологической значимости среди ИППП. Согласно официальным данным, в России уровень заболеваемости хламидийной инфекцией за последние 10 лет увеличился почти в 3 раза и составил более 60 на 100 000 населения [1, 2].

Социально-экономическое значение урогенитальной хламидийной инфекции объясняется не только высокими показателями заболеваемости, но и значительным процентом развития осложненных форм заболевания.

У мужчин заболевание, как правило, характеризуется малосимптомным или бессимптомным течением, что приводит к несвоевременному обращению больного за медицинской помощью и, как следствие, к развитию серьезных осложнений со стороны репродуктивной системы: орхитам, эпидидимитам, простатитам, паховой лимфаденопатии, бесплодию. Воспалительный процесс в яичках и предстательной железе, вызванный урогенитальной хламидийной инфекцией, негативно влияет на качество спермы и фертильность мужчины.

Несмотря на то что исследователями до сих пор не достигнуто единого мнения о роли возбудителя хламидийной инфекции в развитии простатита, в ряде работ убедительно показано значение *C. trachomatis* в развитии хронического воспаления предстательной железы [3—6]. По данным современных исследований, *C. trachomatis* в 39,5—47,8% случаев является этиоло-

гическим фактором хронического простатита [7—10]. Также воспалительные процессы урогенитального тракта, вызванные *C. trachomatis*, могут приводить к облитерации семенного тракта. В результате длительно протекающего воспалительного процесса в половых органах заболевание нередко сопровождается половыми расстройствами (у мужчин — более чем в 30% случаев), наиболее часто — преждевременной эякуляцией, ослаблением эрекции и невротическими расстройствами [10—12].

Целью исследования явилось изучение факторов риска инфицирования *C. trachomatis* и развития осложненных форм урогенитальной хламидийной инфекции, а также анализ современных клинических особенностей заболевания у мужчин репродуктивного возраста.

Материал и методы

В исследование включено 60 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 45 лет, разделенных на три группы: 1-я группа — 20 мужчин с урогенитальной хламидийной инфекцией нижних отделов мочеполового тракта; 2-я группа — 20 мужчин с осложненными формами урогенитальной хламидийной инфекции, 3-я группа (сравнения) — 20 (33,3%) мужчин без клинических и лабораторных признаков ИППП и воспалительных заболеваний урогенитального тракта.

Критерии включения в 1-ю группу:

- лабораторно подтвержденный диагноз хламидийной инфекции (идентификация *C. trachomatis* методом полимеразной цепной реакции — ПЦР в соскобе из уретры);
- отсутствие других ИППП (на основании выполненных скрининговых лабораторных тестов) и воспалительных заболеваний верхних отделов мочеполовой системы (на основании результатов клинико-анамнестического, лабораторного, физикального обследования и ультразвукового исследования — УЗИ предстательной железы и органов мошонки).

Критерии включения во 2-ю группу:

- лабораторно подтвержденный диагноз осложненной хламидийной инфекции (идентификация *C. trachomatis* методом ПЦР при исследовании се-

крета предстательной железы в отсутствие обнаружения *C. trachomatis* при исследовании соскоба из уретры);

- отсутствие других ИППП (на основании выполненных скрининговых лабораторных тестов);
- наличие воспалительных заболеваний верхних отделов мочеполовой системы на основании результатов клинико-анамнестического, лабораторного, физикального обследования и УЗИ предстательной железы и органов мошонки.

Критерии включения в 3-ю группу:

- отсутствие жалоб пациента со стороны мочеполовой системы;
- отсутствие клинических признаков урогенитальных инфекционных заболеваний (гиперемии и отежности слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрации стенок уретры, патологических выделений из уретры; эрозий и высыпаний в области половых органов и др.);
- отсутствие на момент обследования ИППП и воспалительных заболеваний, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, на основании выполненных скрининговых лабораторных тестов.

Клинико-анамнестическое обследование включало в себя изучение жалоб пациентов, сексуального анамнеза (возраст сексуального дебюта, регулярность и частота половых контактов, количество половых партнеров, тип практикуемых сексуальных контактов, указания на наличие ИППП в анамнезе, применяемые методы контрацепции), урологического анамнеза.

Клиническое обследование включало осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, лимфатических узлов паховой области, оценку состояния наружных половых органов. При осмотре уретры оценивалось состояние области наружного отверстия уретры (гиперемия, отечность, склеивание губок), возможные аномалии развития, количество, цвет и характер отделяемого, состояние парауретральных желез, осуществлялась пальпация задней стенки уретры. При осмотре органов мошонки определялось состояние кожного покрова, форма, величина, консистенция, подвижность яичек и их придатков, наличие выпота в оболочке яичка.

При пальпаторном исследовании предстательной железы оценивались четкость границ, величина, форма, консистенция, выраженность центральной бороздки, симметричность левой и правой долей. Обращалось внимание на наличие инфильтратов, узлов, флюктуирующих очагов, западений, конкрементов, локализацию и выраженность болевых ощущений.

Материалом для лабораторных исследований служили образцы, полученные из уретры, и секрет предстательной железы. Осуществляли микроскопическое исследование мазков, окрашенных метиленовым синим и по Граму. Для обнаружения *N. gonorrhoeae* и *T. vaginalis* применяли микроскопический и куль-

туральный методы. Выявление *Ureaplasma spp.* и *M. hominis* и оценку их содержания проводили культуральным методом. Идентификацию *C. trachomatis* и *M. genitalium* осуществляли методом ПЦР с тест-системами «Литех» (Москва).

Всем пациентам проводили УЗИ органов мошонки и трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы (ТРУЗИ).

Результаты исследования

В процессе исследования пациенты всех трех групп были разделены по возрастному составу (рис. 1). Средний возраст пациентов 1-й группы составил $29,7 \pm 5,4$ года, 2-й группы — $27,8 \pm 6,4$ года, 3-й группы — $26 \pm 9,1$ года. Большая часть пациентов основной группы — 26 (65,0%) мужчин находилась в возрасте от 26 до 35 лет, что статистически достоверно отличалось от группы сравнения, в которой 12 (60,0%) мужчин были в возрасте от 18 до 25 лет.

Длительность заболевания у 13 (65,0%) мужчин 1-й группы составляла от нескольких дней до 1 мес., у 3 (15,0%) — от 1 мес. до 1 года; часть пациентов 1-й группы — 4 (20,0%) обследованных — больными себя не считали. Длительность заболевания у 9 (45,0%) мужчин 2-й группы составляла от нескольких дней до 1 мес., у 9 (45,0%) — от 1 мес. до 1 года, у 2 (10,0%) — от 1 года до 3 лет.

При анализе данных сексуального анамнеза было установлено, что возраст первого полового контакта у пациентов 1-й группы составил в среднем $18,8 \pm 1,5$ года, у пациентов 2-й группы — $18,2 \pm 1,4$ года, у пациентов 3-й группы — $19,2 \pm 1,3$ года. О раннем начале половой жизни (до 18 лет) свидетельствовали 4 (20,0%) пациента 1-й группы, 4 (20,0%) пациента 2-й группы и 2 (10,0%) пациента 3-й группы.

При изучении семейного положения пациентов выявлено, что большая часть мужчин 1-й и 2-й групп — 15 (75,0%) и 17 (85,0%) соответственно — не состояли в браке. В 3-й группе в браке не состояли 14 (70,0%) пациентов, 6 (30,0%) мужчин были женаты.

Согласно анамнестическим данным, 13 (32,5%) пациентов основных групп — 7 (35,0%) мужчин 1-й группы, 6 (30,0%) мужчин 2-й группы — и 6 (30,0%) пациентов группы сравнения имели половые контакты с одним постоянным половым партнером в течение длительного времени. Установлено, что 5 (25,0%) пациентов 1-й группы одновременно имели половые контакты с двумя и более половыми партнерами, пациенты 2-й и 3-й групп регулярных половых контактов с двумя и более половыми партнерами не имели ($p < 0,05$). О регулярных случайных половых контактах свидетельствовали 22 (55,0%) пациента основных групп — 8 (40,0%) мужчин 1-й группы, 14 (70,0%) мужчин 2-й группы — и 14 (70,0%) пациентов 3-й группы.

За период ведения половой жизни у 12 (60,0%) пациентов 1-й группы было до 5 половых партнеров,

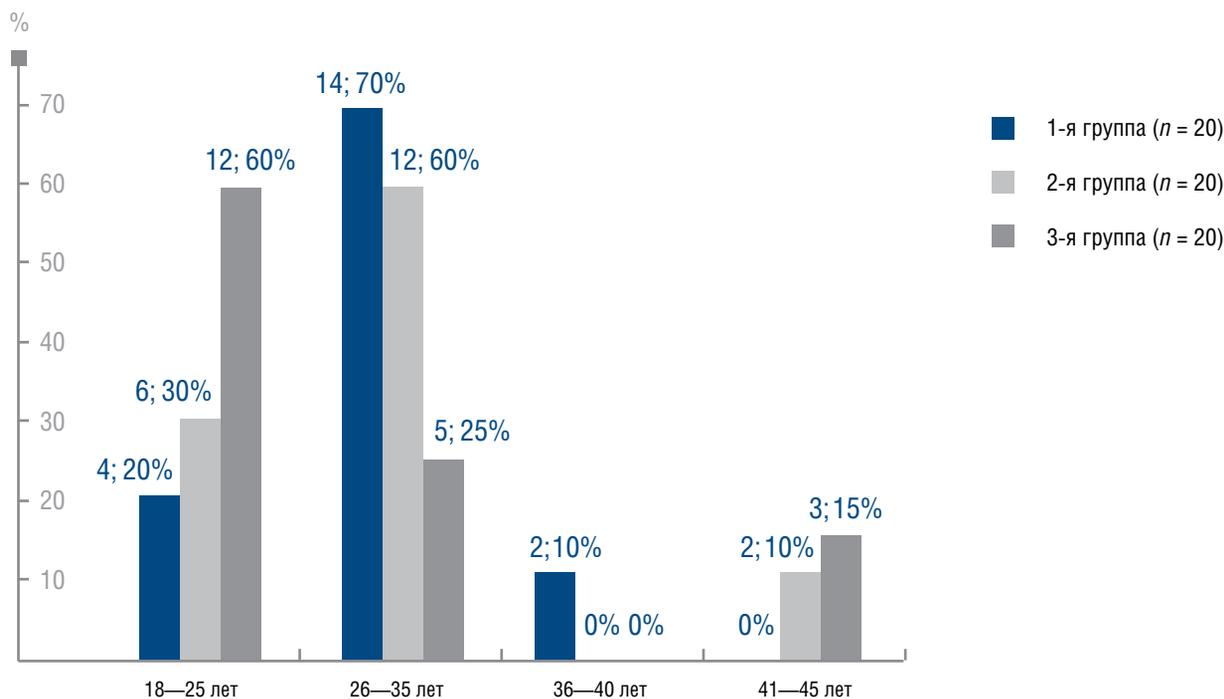


Рис. 1. Распределение пациентов по возрастному составу ($p < 0,01$)

у 8 (40,0%) — от 6 до 10 партнеров. У 19 (95,0%) пациентов 2-й группы и у 20 (100%) пациентов 3-й группы в течение всего периода сексуальной практики было до 5 половых партнеров (табл. 1).

На применение барьерной контрацепции при половых контактах указали 26 (65,0%) пациентов основных групп — 11 (55,0%) пациентов 1-й группы, 15 (75,0%) пациентов 2-й группы — и 15 (75,0%) пациентов 3-й группы (сравнения). Из них нерегулярно использовали презерватив 16 (40,0%) мужчин основных групп — 7 (35,0%) и 9 (45,0%) пациентов 1-й и 2-й групп соответственно — и 5 (25,0%) мужчин группы сравнения.

Наиболее часто практикуемыми формами половых контактов как у пациентов основных групп, так и у пациентов группы сравнения являлись генитально-оральные контакты — у 25 (62,5%) и 12 (60,0%) мужчин соответственно. Среди пациентов 1-й группы на практику генитально-оральных контактов указали 15 (75,0%) мужчин, генитально-анальных и генитальных половых контактов — 2 (10,0%) и 2 (10,0%) обследованных соответственно. Пациенты 2-й группы также чаще практиковали генитально-оральные — 10 (50,0%) мужчин — и генитальные — 9 (45,0%) мужчин — половые контакты.

ТАБЛИЦА 1

Анализ сексуального анамнеза обследованных пациентов

Показатель	1-я группа (n = 20)		2-я группа (n = 20)		3-я группа (n = 20)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Число половых партнеров на момент обследования						
0	8	40,0 ± 10,9	14	70,0 ± 10,4	14	70,0 ± 10,4
1	7	35,0 ± 10,6	6	30,0 ± 10,2	6	30 ± 10,2
2*	5	25,0 ± 9,6	0		0	
Число половых партнеров за период ведения половой жизни						
до 5	12	60,0 ± 11,0	19	95,0 ± 15,4	20	100 ± 22,9
6—10*	8	40 ± 10,9	1	5 ± 4,8	0	

* $p < 0,05$.

У 9 (45,0%) пациентов 1-й группы до момента настоящего обследования регистрировались ИППП: у 6 (66,6%) — хламидийная инфекция, у 6 (66,6%) — гонококковая инфекция, у 1 (11,1%) аногенитальные бородавки. О наличии ИППП в анамнезе свидетельствовали 2 (10,0%) пациента 2-й группы: у 1 (50%) выявлялись аногенитальные бородавки, у 1 (50%) — гонококковая инфекция. В 3-й группе у 4 (20,0%) пациентов также диагностировались ИППП до момента настоящего обследования: у 1 (25,0%) — аногенитальные бородавки, у 2 (50,0%) — гонококковая инфекция, у 1 (25,0%) — трихомониаз (рис. 2).

В процессе настоящего исследования нами также анализировались данные соматического, в том числе урологического, анамнеза. На наличие в анамнезе урологических заболеваний (хронического простатита) указывали 1 (5,0%) пациент 1-й группы и 1 (5,0%) пациент 2-й группы. Пациенты 3-й группы не свидетельствовали о наличии урологических заболеваний в анамнезе.

Основной причиной обращения пациентов 1-й группы за медицинской помощью являлось наличие субъективных симптомов уретрита — у 16 (80,0%) обследованных. Жалобы на наличие уретральных выделений предъявляли 11 (68,7%) пациентов, на зуд и жжение в уретре — 10 (62,5%). Уретральные выде-

ления у 9 (77,8%) обследованных носили слизистый характер, у 2 (22,2%) — слизисто-гнойный характер. При этом слизистые уретральные выделения у большинства больных с уретритом — у 7 (77,8%) были умеренными, а слизисто-гнойные выделения у всех пациентов наблюдались в обильном количестве (табл. 2).

У 11 (68,7%) пациентов 1-й группы отмечались явления дизурии: у 10 (62,5%) — боль и/или рези, жжение при мочеиспускании, у 2 (12,5%) — учащенное мочеиспускание. Также пациенты 1-й группы предъявляли жалобы на покраснение в области головки полового члена — 3 (18,7%) пациента и тянущие ощущения в области промежности — 4 (25,0%) пациента. Часть пациентов 1-й группы — 4 (20,0%) — жалоб на момент обращения не предъявляли, у большинства из них не отмечалось объективных клинико-лабораторных признаков уретрита, лишь у 1 пациента при микроскопическом исследовании наблюдалось увеличение количества полиморфно-ядерных лейкоцитов (ПМЯЛ) — более 5 в поле зрения.

В отличие от пациентов 1-й группы у всех пациентов с осложненными формами урогенитальной хламидийной инфекции наблюдались субъективные клинические проявления заболевания ($p < 0,05$; см. табл. 2). При этом пациенты 2-й группы достоверно чаще предъявляли жалобы на чувство неполного

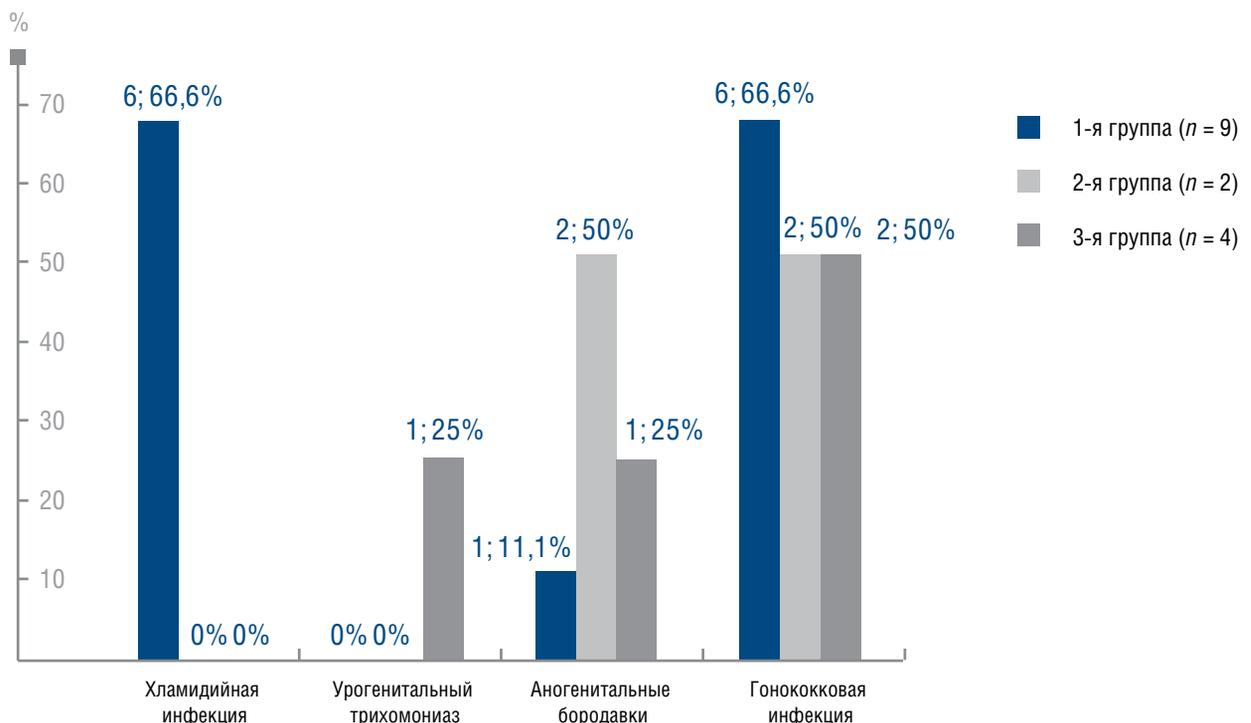


Рис. 2. Распределение пациентов в зависимости от наличия ИППП в анамнезе

ТАБЛИЦА 2

Субъективные проявления хламидийной инфекции у пациентов 1-й и 2-й групп

Показатель	1-я группа (n = 20)		2-я группа (n = 20)		χ^2
	абс.	%	абс.	%	
Выделения из уретры (всего)	11	68,7 ± 11,5	6	30,0 ± 10,2	1,46
Характер и количество выделений					
Слизистые	9	56,2 ± 9,2	4	30,0 ± 10,2	2,86
Скучное количество	2	12,5 ± 8,2	2	10,0 ± 2,2	2,0
Умеренное количество	7	43,7 ± 12,4	2	10,0 ± 2,2	2,80
Обильное количество	0	0	0	0	0
Слизисто-гнойные	2	12,5 ± 8,2	2	10,0 ± 2,2	2,0
Скучное количество	0	0	0	0	0
Умеренное количество	0	0	1	5,0 ± 4,8	1,0
Обильное количество	2	12,5 ± 8,2	1	5,0 ± 4,8	0,32
Зуд в области уретры	10	62,5 ± 12,1	11	55,0 ± 11,1	0,04
Жжение в области уретры	10	62,5 ± 12,1	11	55,0 ± 11,1	0,04
Покраснение в области наружных половых органов	3	18,7 ± 9,7	0	0	1,50
Тянущие ощущения в области промежности	4	25,0 ± 10,8	6	30,0 ± 10,2	0,4
Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря ($p > 0,05$)	0	0	6	30,0 ± 10,2	6,0
Дизурические расстройства	11	68,7 ± 11,5	11	55,0 ± 11,1	0
Жжение при мочеиспускании	10	62,5 ± 12,1	11	55,0 ± 11,1	0,04
Боль и/или рези при мочеиспускании	10	62,5 ± 12,1	11	55,0 ± 11,1	0,04
Частое мочеиспускание в течение суток	2	12,5 ± 8,2	6	30,0 ± 10,2	3,33
Отсутствие жалоб ($p < 0,05$)	4	20,0 ± 4,3	0	0	4,0

опорожнения мочевого пузыря ($p < 0,05$), по остальным субъективным проявлениям достоверных различий между группами не выявлено. Основными жалобами пациентов 2-й группы являлись зуд и жжение в уретре — у 11 (55,0%) пациентов, боль и/или рези при мочеиспускании — у 11 (55,0%), тянущие ощущения в области промежности — у 6 (30,0%).

Согласно результатам объективного обследования у 14 (70,0%) результатов 1-й группы были выявлены клинические признаки уретрита: у 11 (78,5%) — патологические выделения из уретры, у 3 (21,4%) — гиперемия слизистой оболочки наружного отверстия уретры. Выделения из уретры носили слизистый и слизисто-гнойный характер — у 9 (81,8%) и 2 (18,2%) обследованных мужчин соответственно. У 6 (35,0%) пациентов объективные клинические признаки воспалительного процесса уретры отсутствовали.

У 6 (30,0%) пациентов 2-й группы также были выявлены клинические признаки уретрита, характеризующиеся патологическими выделениями из уретры слизистого — у 4 (66,6%) пациентов и слизисто-гнойного характера — у 2 (33,4%) пациентов. У 14 (70,0%) мужчин клинические признаки воспалительного процесса уретры отсутствовали. При пальпаторном исследовании предстательной железы отмечалась болезненность у 10 (50,0%) пациентов, изменение консистенции (мягкая, «тестоватая») предстательной железы у 5 (25,0%) пациентов, асимметричная форма у 4 (20,0%) пациентов, увеличение размеров предстательной железы у 3 (15,0%).

Всем обследованным пациентам были проведены микроскопическое, бактериологическое исследования и исследование методом ПЦР, материалом для которых служили соскоб из уретры и секрет предстательной железы.

Важнейшей характеристикой, свидетельствующей о наличии и степени воспалительной реакции в уретре, является уровень ПМЯЛ в отделяемом уретры и секрете предстательной железы. Для оценки степени лейкоцитарной реакции в материале из уретры значения числа ПМЯЛ были условно разделены на четыре уровня — норма (от 0 до 4 в поле зрения), низкий (от 4 до 10 в поле зрения), средний (от 10 до 50 в поле зрения) и высокий (более 50 в поле зрения) (табл. 3).

Согласно полученным данным количество ПМЯЛ в пределах нормы наблюдалось у 12 (30,0 ± 7,2%) пациентов с хламидийной инфекцией и у 16 (80,0 ± 8,9%) клинически здоровых мужчин ($p < 0,05$). Среди пациентов основных групп у 5 (25,0 ± 9,6%) мужчин 1-й группы и у 7 (35,0 ± 10,6%) мужчин 2-й группы были выявлены нормальные показатели уровня ПМЯЛ ($p > 0,05$).

Низкий уровень повышения количества ПМЯЛ наблюдался у 7 (17,5 ± 8,7%) пациентов основных групп и у 4 (20,0 ± 8,4%) пациентов группы сравнения ($p > 0,05$). Среди пациентов с неосложненными формами заболевания низкий уровень ПМЯЛ был установлен у 15,0%, с осложненными формами — у 20,0% ($p > 0,05$).

Средний уровень повышения количества ПМЯЛ в клиническом материале был выявлен только у паци-

ТАБЛИЦА 3
Сравнительный анализ степени выраженности лейкоцитарной реакции в уретре у обследованных пациентов

Уровень ПМЯЛ (в поле зрения)	1-я группа		2-я группа		3-я группа		χ^2	<i>p</i>
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Норма (0—4)	5	25,0 ± 9,6	7	35,0 ± 10,6	16	80,0 ± 8,9	9,48	< 0,05
Низкий (4—10)	3	15,0	4	20,0 ± 8,4	4	20,0 ± 8,4	2,03	> 0,05
Средний (10—50)	10	50,0 ± 11,1	8	40,0 ± 10,9	0		3,26	> 0,05
Высокий (> 50)	1	5,0 ± 4,8	1	5,0 ± 4,8	0		1,01	> 0,05
χ^2	14,19		13,0		24,2			
<i>p</i>	< 0,01		< 0,01		< 0,01			

ентов основных групп: у 10 (50,0 ± 11,1%) в 1-й группе и у 8 (40,0%) во 2-й группе ($p > 0,05$). У 1 (5,0 ± 4,8%) пациента 1-й группы и у 1 (5,0 ± 4,8%) пациента 2-й группы уровень ПМЯЛ был высоким.

Для оценки степени лейкоцитарной реакции в секрете предстательной железы значения числа ПМЯЛ были разделены на два уровня — норма (от 0 до 10 ПМЯЛ в поле зрения) и наличие воспаления (> 10 ПМЯЛ в поле зрения).

Установлено, что, несмотря на наличие клинических и инструментальных признаков воспаления в предстательной железе, нормальное количество ПМЯЛ было обнаружено у 2 (10,0%) пациентов 2-й группы.

Всем обследованным пациентам было проведено ТРУЗИ предстательной железы. Наличие ультразвуковых критериев воспаления в предстательной железе было зарегистрировано у всех пациентов 2-й группы: наличие гипо- и гиперэхогенных участков в структуре предстательной железы у 10 (50,0%), наличие гиперэхогенных включений в периуретральной зоне у 7 (35,0%), увеличение объема предстательной железы у 3 (15,0%), расширение простатического венозного сплетения у 3 (15,0%).

У пациентов 1-й и 3-й групп признаков воспаления предстательной железы, по данным ТРУЗИ, не обнаружено.

При сравнительном анализе данных лабораторных исследований и результатов инструментального обследования пациентов 2-й группы выявлялась строгая взаимосвязь уровня ПМЯЛ в секрете предстательной железы и наличия ультразвуковых критериев воспаления в предстательной железе ($p < 0,05$).

Обсуждение результатов

При анализе факторов риска инфицирования урогенитальным хламидиозом и развития осложненных форм заболевания были установлены статистически

достоверные различия в возрастной градации обследованных пациентов: большая часть пациентов основной группы (65,0%) находилась в возрасте от 26 до 35 лет, что статистически достоверно отличалось от группы сравнения, в которой 60,0% мужчин были в возрасте от 18 до 25 лет ($\chi^2 = 12,88$; $p < 0,01$). Обращало на себя внимание, что в отличие от пациентов 1-й группы, находившихся в возрасте от 18 до 40 лет, 2 (10,0%) пациента с осложненными формами заболевания были в возрасте от 41 года до 45 лет.

Длительность заболевания пациентов 1-й группы составляла от нескольких дней до 1 мес. и также достоверно отличалась от длительности заболевания пациентов 2-й группы (от 1 мес. и более; $p < 0,05$).

При анализе данных сексуального анамнеза установлено, что достоверно чаще дебют половой жизни приходился на возраст 18 лет и старше как в 1-й и 2-й группах ($\chi^2 = 7,2$; $p < 0,05$), так и в 3-й группе ($\chi^2 = 14,4$; $p < 0,01$). При этом, по результатам настоящего исследования, раннее начало половой жизни не являлось статистически достоверным фактором риска инфицирования хламидийной инфекцией и развития осложнений заболевания ($p > 0,05$).

Значимым фактором риска инфицирования и развития осложнений урогенитальной хламидийной инфекцией являлось наличие половых контактов одновременно с двумя и более половыми партнерами, так как данный показатель достоверно чаще наблюдался у пациентов основных групп, чем у пациентов группы сравнения, и достоверно чаще — у пациентов с неосложненной хламидийной инфекцией, чем у пациентов с осложненными формами заболевания ($p < 0,05$). Также установлено, что большое число половых партнеров (от 6 до 10) за период ведения половой жизни достоверно чаще отмечалось у пациентов с хламидийной инфекцией (основные группы), чем у пациентов группы сравнения ($p < 0,05$), и достоверно чаще у пациентов с неосложненной хламидийной инфекцией,

чем у пациентов с осложненными формами заболевания ($p < 0,05$), что не позволило отнести данный критерий к факторам риска развития осложненных форм заболевания.

Обращало на себя внимание, что отсутствие применения барьерной контрацепции либо нерегулярное ее применение не являлось статистически достоверным фактором риска инфицирования хламидийной инфекцией и развития осложнений заболевания ($p > 0,05$). Не выявлено и статистически достоверных различий в практике сексуальных контактов у пациентов исследуемых групп ($p > 0,05$).

Установлено, что наиболее распространенными ИППП в анамнезе у обследованных пациентов 1-й группы являлись хламидийная инфекция (66,6%) и гонококковая инфекция (66,6%), у пациентов 2-й и 3-й групп — гонококковая инфекция (50,0 и 50,0% соответственно). При этом хламидийная инфекция в анамнезе выявлялась только у пациентов с неосложненными формами заболевания.

Таким образом, в результате исследования не было выявлено статистически достоверной взаимосвязи риска инфицирования хламидийной инфекцией и таких факторов, как раннее (до 18 лет) начало половой жизни, регулярность применения средств барьерной контрацепции, практика нетрадиционных сексуальных контактов ($p > 0,05$), что не согласуется с рядом исследований отечественных и зарубежных авторов и может быть объяснено малой выборкой пациентов. Также не установлено статистически достоверной взаимосвязи риска развития осложненных форм хламидийной инфекции и таких факторов, как раннее начало половой жизни, наличие половых контактов одновременно с двумя и более половыми партнерами, большое количество (более 6) половых партнеров за время сексуальной практики, регулярность применения средств барьерной контрацепции, практика нетрадиционных сексуальных контактов, отягощенный урологический анамнез ($p > 0,05$) и систематическое применение антибактериальных препаратов в анамнезе ($p > 0,05$).

Резюмируя результаты клинико-лабораторного обследования, можно утверждать, что у 80,0% обследованных пациентов хламидийная инфекция нижних отделов мочеполовой системы сопровождалась наличием субъективных клинических симптомов, основными из которых являлись дизурические расстройства (68,7%) и выделения из уретры слизистого или слизисто-гнойного характера (68,7%). Бессимптомное течение заболевания установлено у 4 (20,0%) мужчин с неосложненной урогенитальной хламидийной инфекцией, что диктует необходимость проведения обследования на *S. trachomatis* и у пациентов, не предъявляющих жалоб со стороны мочеполовой системы. Основными объективными клиническими признаками неосложненной хламидийной инфекции являлись вы-

деления из уретры (78,5%) и гиперемия слизистой наружного отверстия уретры (21,4%).

Осложненная хламидийная инфекция сопровождалась наличием клинических симптомов в 100% наблюдений, при этом основными симптомами являлись дизурические расстройства (55,0%). Объективными клиническими признаками осложненной хламидийной инфекции являлись: болезненность предстательной железы при пальпации (50,0%), выделения из уретры (30,0%), асимметричная форма (20,0%) и увеличение размеров предстательной железы (15,0%).

Инфекционный процесс характеризовался низкой (17,5%) и средней (45,0%) степенью выраженности воспалительной реакции, при этом достоверно чаще наблюдался средний уровень лейкоцитоза ($p < 0,01$). Обращало на себя внимание, что у 30,0% мужчин с урогенитальной хламидийной инфекцией (как с неосложненными, так и с осложненными формами) уровень ПМЯЛ в уретре находился в пределах нормы.

Результаты инструментального исследования позволили установить, что наиболее частыми признаками хламидийного простатита являлись наличие гипо- и гиперэхогенных участков в структуре предстательной железы (50,0%), наличие гиперэхогенных включений в периуретральной зоне (35,0%), увеличение объема предстательной железы (15,0%) и расширение простатического венозного сплетения (15,0%).

Заключение

Статистически достоверными факторами, способствующими заражению урогенитальной хламидийной инфекцией, являются: возраст пациента от 25 до 39 лет ($p < 0,01$), холостое семейное положение, наличие половых контактов одновременно с двумя и более половыми партнерами, большое количество (более 6) половых партнеров за время сексуальной практики ($p < 0,05$).

Статистически достоверными факторами, способствующими развитию осложненных форм хламидийной инфекции, являются возраст пациента от 25 до 45 лет и длительность заболевания более 1 мес. ($p < 0,05$).

Основные клинические проявления хламидийной инфекции нижних отделов мочеполовой системы представлены слизистыми или слизисто-гнойными выделениями из уретры (78,5%) и дизурическими расстройствами (68,7%). Бессимптомное течение заболевания установлено у 20,0% мужчин хламидийным уретритом.

Наиболее часто регистрируемыми клиническими признаками осложненной хламидийной инфекции являются дизурические расстройства (55,0%) и слизистые или слизисто-гнойные выделения из уретры (30,0%); при объективном обследовании — болезненность предстательной железы при пальпации (50,0%), асимметричная форма (20,0%) и увеличение размеров предстательной железы (15,0%).

Инфекционный процесс при урогенитальной хламидийной инфекции характеризуется низкой (17,5%) и средней (45,0%) степенью выраженности воспалительной реакции (количество ПМЯЛ от 4 до 10 и от 10 до 50 в поле зрения соответственно). У 30,0% мужчин с урогенитальной хламидийной инфекцией (как с неосложненными, так и с осложненными формами) уровень ПМЯЛ в уретре находится в пределах нормы.

Инструментальными признаками осложненных форм хламидийной инфекции являются: наличие гипо- и гиперэхогенных участков в структуре предстательной железы (50%), наличие гиперэхогенных включений в периуретральной зоне (35%), увеличение объема предстательной железы (15%) и расширение простатического венозного сплетения (15%). ■

Литература

1. Инфекции, передаваемые половым путем. Клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. А.А. Кубановой. М.: ДЭКС-Пресс. 2012.
2. Молочков В.А. Урогенитальный хламидиоз. М.: Изд. «БИНОМ»; 2006.
3. Ostaszewska-Puchalska I, Zdrodowska-Stefanow B, Badyda J. et al. Antichlamydial antibodies in the serum and expressed prostatic secretion in prostatitis. *Arch Immunol Ther Exp (Warsz)* 2004; 52: 277—283.
4. Corradi G, Konkoly Thege M, Panovics J. et al. Is seminal fluid a suitable specimen for detecting chlamydial infection in men? *Acta Microbiol Immunol Hung* 1995; 42: 389—394.
5. Gdoura R, Daoudi F, Bouzid F. et al. Detection of *Chlamydia trachomatis* in semen and urethral specimens from male members of infertile couples in Tunisia. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2001; 6: 14—20.
6. Skerk V, Schonwald S, Krhen I, et al. Etiology of chronic prostatitis. *Int J Antimicrob Agents* 2002; 19: 471—474.
7. Болотовский А.В., Перламутров Ю.Н. Выявление хламидийной инфекции при хроническом простатите. Актуальные вопросы диагностики и лечения хламидийных инфекций. М.: 1990; 30—31.
8. Валиева С.А. Частота и спектр инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), у больных хроническим простатитом. IX Всерос. съезд дерматовенерологов: Тез. науч. работ. Т. П. М.: 2005; 68—69.
9. Гомберг М.А. Хламидиоз и простатиты. ИППП, 2002; 4: 3—8.
10. Молочков В.А. Хронический уретрогенный простатит. М.: Медицина 1998.
11. Сафина О.Н. Урогенитальный хламидиоз и хронический простатит. Сиб. журн. дерматол. венерол., 2003; 4: 62—63.
12. Hosseinzadeh S., Eley A., Pacey A.A. Semen quality of men with asymptomatic chlamydial infection. *J Androl* 2004; 25: 104—109.